

partir de Schwannomas benignos, ser secundários a Radioterapia ou aparecer isoladamente. Afectam mais frequentemente os grandes troncos nervosos, apresentando os doentes sobrevidas inferiores a 78 meses. Os autores apresentam dois casos deste tipo de tumores, com localização raquidiana. No primeiro caso, que se apresentou por quadro de cialgia em Julho de 2006, o doente foi submetido a cirurgia, com remoção total de lesão ao nível de L3, tendo sido diagnosticado Schwannoma benigno. Recidiva lesional meses mais tarde, com necessidade de nova intervenção, tendo sido obtido o mesmo diagnóstico. Por nova recidiva, meses mais tarde, foi novamente intervencionado, tendo-se verificado a malignização da lesão e foi feito o diagnóstico histológico de Tumor Maligno das Bainhas Nervosas. Após a 3ª cirurgia, foi orientado para tratamento adjuvante, vindo a falecer em Dezembro de 2007. No segundo caso, o doente apresentou quadro de dor lombar irradiada aos membros inferiores, com 6 meses de evolução, associada a défice sensitivo e motor e alterações esfinterianas. Operado em Novembro de 2010 a lesão ao nível de L4 e L5, com remoção aparentemente total. Estudo anatomo-patológico revelou Tumor Maligno das Bainhas Nervosas. Agravamento do quadro clínico dois meses após cirurgia, com evidência imagiológica de franco crescimento lesional. Re-intervencionado em Janeiro de 2011, com exame histológico sobreponível ao inicial. Foi posteriormente orientado para Radioterapia, apresentando melhoria dos défices e mantendo-se sem evidência imagiológica de progressão lesional. Os casos apresentados evidenciam a variabilidade de apresentações deste tipo de patologia, a possibilidade de evolução a partir de tumores benignos e a elevada taxa de recidiva e disseminação tumoral, tornando-se necessária uma atitude cirúrgica agressiva e terapêutica adjuvante, na tentativa de melhorar o prognóstico desta patologia.

P37. Tratamento Cirúrgico da Paralisia de Bell - a propósito de um caso clínico

Luís Marques¹, João Carvalho Pimentel², Gonçalo Neto d'Almeida¹, Pedro Alberto Escada²

1-Serviço de Neurocirurgia – Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, 2-Serviço de Otorrinolaringologia, Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

A Paralisia de Bell (Paralisia facial periférica idiopática) ainda se mantém como uma entidade clínica de difícil caracterização e corresponde a mais de 50% da totalidade da paralisia facial periférica com incidência estimada em 100 casos por milhão de habitante por ano. Apesar de só raramente ter indicação para tratamento cirúrgico descreve-se o caso raro de uma jovem de 26 anos, submetida a petrosectomia parcial para descompressão da 2ª e 3ª porções do nervo facial após cerca de 6 meses de tratamento médico sem resultados consistentes. Apesar de alguma melhoria, a doente mantinha parésia grau IV na escala de House e Brackmann, pelo que foi considerada a descompressão da 1ª porção do facial através da via da fossa média pelo grupo de Otoneurocirurgia / Cirurgia de Base do Crânio. Verificou-se uma melhoria do défice motor (grau II) no pós-operatório precoce (72h) mesmo após cerca de 1 ano do início do quadro clínico.

P38. Metástase hipofisária - caso clínico

Sérgio Moreira, Isabel Ribeiro, Alfonso Velasco
Serviço de Neurocirurgia – Centro Hospitalar do Porto

A metastização para a hipófise é rara, sendo que os tumores da mama (6-8%) e do pulmão são os que mais frequentemente metastizam para esta glândula. Apenas cerca de 7% destas lesões são sintomáticas, o que pode ajudar a explicar o facto de que somente 1% de de todas as lesões ocupantes de espaço na área selar removidas cirurgicamente sejam metástases. A sobrevida destes doentes é baixa (6-22 meses) e as séries cirúrgicas não mostram aumento com a exérese tumoral; todavia, pode ser conseguida melhoria significativa da qualidade de vida dos doentes com o tratamento cirúrgico. No caso que apresentamos, a doente, já em tratamento por conhecido carcinoma da mama, desenvolveu quadro de diabetes insípida. No decurso da investigação da mesma foi diagnosticada uma lesão hipofisária (e também pan-hipopituitarismo). O crescimento da lesão motivou proposta de cirurgia. Abordou-se a lesão por via transesfenoidal por endoscopia, tendo sido objectivada lesão com características bem diferentes de macroadenoma; foi efectuada biópsia que veio a revelar metástase de carcinoma da mama. Pela raridade que constitui esta entidade clínica, consideramos importante o relato de casos isolados.

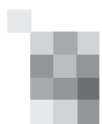
P39. A acuidade da Ressonância Magnética e da biopsia estereotáxica no diagnóstico de lesões cerebrais

Miguel Afonso Filipe¹, Andreia Soares², Carlos Alegria¹
1-Serviço de Neurocirurgia Hospital de Braga, 2-Escola de Ciências da Saúde - Univ do Minho

Introdução/Objectivos: A suspeita clínica e a Ressonância Magnética (RM) precoce permitem diagnosticar atempadamente as lesões cerebrais. Mas, a RM nem sempre aponta para o diagnóstico histológico e grau de malignidade correctos. Novos métodos fisiológicos, como a difusão, perfusão e espectroscopia prótonica têm sido associados à RM para aumentar a sua acuidade. A biopsia mantém-se o gold standart de diagnóstico. Assim, o objectivo principal constou na determinação da acuidade da RM, dos novos métodos fisiológicos e da biopsia no diagnóstico de lesões cerebrais. Determinaram-se também factores preditivos de boa acuidade da RM.

Métodos: A acuidade diagnóstica da RM avaliou-se pela concordância com a biopsia estereotáxica, em 141 pacientes. A acuidade da biopsia obteve-se pela concordância com a cirurgia, em 13 pacientes. Determinaram-se a sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo (VPP) e valor preditivo negativo (VPN), da RM e dos novos métodos fisiológicos, na detecção de tumores de alto grau de malignidade. Utilizou-se a regressão logística para determinação dos factores preditivos de boa acuidade da RM.

Resultados: As taxas de concordância da RM com a biopsia para o diagnóstico final e classe de diagnóstico foram 29,79% e 34,04%, respectivamente. A biopsia confirmou-se em 11 cirurgias, obtendo-se uma taxa de concordância de 84,60%. A sensibilidade, especificidade, VPP e VPN para detectar alto grau de malignidade pela RM foram 37,8%, 82,4%, 79,1% e 42,9%; pela perfusão 100,0%, 33,3%, 77,8% e 100,0%; pela difusão 71,4%,



33,3%, 50,0% e 55,6%; pela espectroscopia 92,0%, 28,6%, 69,7% e 63,7%. A lateralidade esquerda e a localização lobar e profunda das lesões predizem boa acuidade da RM.

Conclusão: A RM não tem acuidade suficiente para o correcto diagnóstico histológico e grau de malignidade. Os métodos fisiológicos associados aumentam a sensibilidade para detecção de alto grau de malignidade. Mas, são pouco específicos e apresentam limitações. Assim, a biopsia estereotáxica mantém-se como o método de eleição de diagnóstico.